



## formation continue

Tendre l'oreille au problème de la surdité

**L'**ACOUPHÈNE FAIT RÉFÉRENCE à une sensation sonore perçue en dehors de toute stimulation acoustique extérieure. Autrement dit, c'est un bruit perçu dans les voies auditives qui peut s'apparenter à de multiples images acoustiques telles que des bourdonnements, des sifflements, des tintements, des grésillements, des crépitements et plusieurs autres bruits plus ou moins complexes. Lorsque les sensations auditives perçues ne sont pas dépourvues de sens, en d'autres termes, lorsqu'elles s'identifient à une mélodie ou à des paroles, il s'agit probablement d'hallucinations auditives. Dans ces cas, une évaluation psychiatrique est généralement recommandée. L'acouphène peut être entendu de façon intermittente, pulsatile avec ou sans rythme, modulée en intensité ou en tonalité ou de façon continue, dans l'une ou l'autre oreille, dans les deux oreilles, ou au centre de la tête. Certaines personnes n'entendent qu'un bruit, d'autres en entendent plusieurs.

L'acouphène et ses traitements datent d'avant l'ère chrétienne. Paradoxalement, malgré les recherches, le phénomène de l'acouphène et ses traitements demeurent encore énigmatiques de nos jours, et ce, tant pour ceux qui en souffrent que pour ceux qui s'y intéressent.

*M<sup>me</sup> Kim-Le Monday, M.O.A., et M. Pierre Poirier, Ph.D., audiologistes, pratiquent à la clinique privée de santé auditive Audio-Conseil. M<sup>me</sup> Monday exerce également dans un centre hospitalier et M. Poirier dans un centre de réadaptation. Les auteurs ont reçu la formation sur la thérapie d'habituation à l'acouphène (THA) de Pawel J. Jastreboff, Ph.D., Sc.D., à Atlanta (É.-U.).*

# Que pouvez-vous me conseiller pour soulager mon acouphène?

par **Kim-Le Monday**  
et **Pierre Poirier**

**Imaginez entendre un bruit jour et nuit, peu importe où vous vous trouvez, sans pouvoir trouver la source de ce bruit dans votre environnement. Vous vous déplacez, vous vous bouchez les oreilles, en vain. Cette sensation persiste, vous suit et vous prive du silence...**

**Au Québec, plus de 700 000 personnes vivent une expérience semblable, que l'on nomme acouphène. Pour ceux qui en souffrent, plusieurs pistes de soulagement existent.**

### Prévalence

Selon une enquête sociale et de santé récemment publiée<sup>1</sup>, dans laquelle trois questions étaient posées à un échantillonnage de Québécois âgés de 15 ans et plus, 12,9 % des Québécois (ou 752 000 personnes) déclarent avoir un acouphène. De plus, les données permettent d'estimer que 1,3 % de la population est très dérangée par la présence d'un acouphène. Dans ces cas, l'acouphène peut perturber l'endormissement, le sommeil, la concentration, la mémoire, l'écoute, la communication, l'humeur, les relations interpersonnelles, bref, la qualité de vie. De plus, les résultats de cette enquête indiquent que la prévalence de l'acouphène et le degré de dérangement qu'il provoque augmentent avec l'âge. Comme le soulignent les auteurs, cette relation est sans doute sous-estimée, puisque les personnes

du groupe d'âge de 65 à 74 ans vivant dans un établissement – susceptibles d'avoir une santé plus précaire – n'ont pas été incluses dans l'étude.

Les résultats de la même étude indiquent que plus de 40 % des personnes déclarant présenter un acouphène disent avoir déjà consulté un professionnel de la santé à ce propos. Parmi les professionnels probablement consultés se trouveraient des omnipraticiens, des audiologistes et des otorhinolaryngologistes. Paradoxalement, l'enquête révèle que « le quart des personnes qui ont des acouphènes permanents ou qui ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup n'ont jamais consulté un professionnel de la santé<sup>1</sup> ». Ce résultat est attribué à « un manque de sensibilisation à ce problème de santé et à une méconnaissance des services de réadaptation disponibles, autant chez les professionnels de la santé que dans l'ensemble de la population<sup>1</sup> ».

Les résultats de l'enquête, bien qu'ils reposent sur les réponses à un questionnaire autoadministré, sont très intéressants, puisqu'ils concordent avec l'estimation de la prévalence de l'acouphène signalée dans d'autres études antérieures. En effet, plusieurs études indiquent qu'environ 17 % de la population générale a un acouphène<sup>2</sup>, alors qu'il semble qu'environ 33 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentent un acouphène<sup>3</sup>. Enfin, on estime qu'entre 25 et 33 % des personnes souffrant d'un acouphène en seraient gravement affectées.

### Complexité du phénomène

L'acouphène n'est pas une maladie mais un symptôme, le signe d'un déséquilibre à l'intérieur des voies auditives (de la cochlée au cortex, en incluant tous les faisceaux associatifs), qui peut provenir ou non d'une atteinte plus systémique, et dont la cause est souvent inconnue. L'acouphène est donc le résultat d'une réorganisation du système nerveux auditif central.

L'acouphène, en plus d'être un symptôme pouvant prendre de multiples formes, est influencé par plusieurs facteurs. Dans ce sens, il s'apparente au phénomène de la douleur. L'acouphène peut être modulé par la richesse de l'environnement sonore et par des facteurs psychologiques. Par exemple, il a été démontré que quelques minutes après être entrés dans une salle quasi anéchogène, la très grande majorité

des sujets dits normaux (94 %) perçoivent un son en l'absence de stimulus extérieur<sup>4</sup>. Les inquiétudes les plus répandues chez les patients sont souvent que leur acouphène est le signe d'une maladie grave (tumeur, accident vasculaire cérébral, etc.), qu'il empire avec le temps, qu'il rend sourd, voire fou, et qu'il n'y a rien à faire. Par conséquent, il est nécessaire de prendre le temps d'examiner le problème dans sa globalité, tant sur le plan sensoriel qu'émotionnel et social, pour ensuite guider le patient vers les options de traitement en fonction de leur pertinence. En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, étant donné la diversité et l'efficacité des traitements existants, il ne convient plus de dire au patient qu'il doit seulement « apprendre à vivre avec l'acouphène, car il n'y a rien à faire ».

### Les types d'acouphène et leurs causes

On distingue deux types d'acouphène :

- l'acouphène subjectif et
- l'acouphène objectif.

L'acouphène subjectif, plus courant, n'est audible que pour le patient, alors que l'acouphène objectif, beaucoup plus rare, est aussi audible pour l'examineur. Soulignons que le diagnostic de l'acouphène objectif dépend du type d'instrument de mesure employé par le clinicien. En effet, certains utilisent l'oreille nue ou un microphone inséré dans le conduit auditif externe, alors que d'autres se servent d'un sté-

thoscope placé au niveau de la région pariétale, au-dessus des orbites, au niveau de la région préauriculaire, sur la mastoïde ou dans le cou. Que l'acouphène soit objectif ou subjectif, le dérangement qu'il provoque est fonction de l'interprétation qu'en fait le patient. Lorsqu'il est objectif, l'acouphène est souvent dû à un trouble neuromusculaire ou vasculaire. Par exemple, si l'acouphène est synchronisé avec la respiration, particulièrement chez une personne qui a perdu du poids rapidement, on peut soupçonner une béance de la trompe d'Eustache. Chez d'autres, on observe une contraction tétanique du palais mou indicative d'une myoclonie palatine. Certains patients peuvent présenter un acouphène synchronisé avec leurs pulsations cardiaques, ce qui oriente le diagnostic vers un trouble vasculaire comme une malformation vasculaire, un bruit de diable, une tumeur vasculaire, etc. Dans de rares cas, l'acouphène objectif est lié à des émissions otoacoustiques, c'est-à-dire à une émission sonore de l'oreille interne qui peut être perçue par le patient. Lorsqu'un patient présente un acouphène subjectif, dans la grande majorité des cas la cause est inconnue. Par contre, dans d'autres cas, l'acouphène peut être associé à une affection des voies auditives périphériques ou centrales, à une atteinte neurologique, à une anomalie ou à une perturbation du métabolisme, ou encore à des éléments émotionnels comme l'anxiété et la dépression.

Les causes s'avèrent multiples. Elles peuvent agir de façon indépendante ou coexister les unes avec les autres. Par exemple, alors que l'une prédisposerait à l'acouphène, la seconde le déclencherait, et une troisième ou une quatrième cause exacerberait la perception qu'aurait le patient de son acouphène.

**Il est nécessaire de prendre le temps d'examiner le problème dans sa globalité, tant sur le plan sensoriel qu'émotionnel et social, pour ensuite guider le patient vers les options de traitement en fonction de leur pertinence.**

**Que l'acouphène soit objectif ou subjectif, le dérangement qu'il provoque est fonction de l'interprétation qu'en fait le patient.**

**Repères**

Bien que les causes soient très souvent inconnues, celles d'un acouphène unilatéral (c'est-à-dire perçu seulement d'un côté) sont légèrement plus faciles à trouver que celles d'un acouphène bilatéral (perçu des deux côtés) ou central (perçu au centre de la tête).

En clinique, il est reconnu qu'une surdité n'est pas inévitablement accompagnée d'acouphène, ce qui indique qu'il n'y a pas de relation directe entre la surdité et l'acouphène. Cela a été confirmé dans l'enquête sociologique précitée. En effet, environ 6 % des personnes interrogées qui ont déclaré ne pas avoir d'acouphène présenteraient une perte auditive. En revanche, 83 % des personnes ayant déclaré avoir un acouphène (dérangeant ou non) jouiraient d'une acuité auditive normale. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque les réponses obtenues sur l'acuité auditive viennent d'une question portant sur la capacité d'entendre dans le silence, **avec ou sans** lecture labiale, selon l'évaluation subjective d'un membre de la famille, et non pas selon une évaluation audiologique complète. Or, les réponses sur l'acouphène viennent d'un questionnaire autoadministré de trois questions, et la sensibilité de l'analyse des résultats nous semble discutable. Néanmoins, les résultats de l'étude montrent une fois de plus qu'une audition endommagée prédispose à l'acouphène, mais qu'un acouphène ne laisse pas nécessairement présager une perte d'acuité auditive. On peut répertorier plusieurs facteurs de risque susceptibles d'altérer les voies auditives et de contribuer ainsi à l'apparition ou au maintien d'un acouphène potentiellement dérangeant (*tableau I*).

Aussi, d'autres causes possibles de l'acouphène relèvent de problèmes de santé multiples (*tableau II*), ou encore

## Tableau I

### Facteurs pouvant altérer les voies auditives et contribuer à l'apparition ou au maintien d'un acouphène

#### Oreille externe

- Bouchon de cérumen, corps étranger
- Otitites externes
- Ostéome
- Exostose
- Traumatisme
- Perforation tympanique
- Inflammation
- Atrésie du conduit auditif
- Carcinome

#### Oreille moyenne

- Dysfonction tubaire
- Béance tubaire
- Otitites
- Barotraumatisme
- Cholestéatome
- Tumeur du glomus (tympanique ou jugulaire)
- Neurinome du nerf facial
- Otoscl rose
- Dislocation tympano-ossiculaire
- Perforation tympanique
- Spasme du muscle stapédien
- H mangiome

#### Oreille interne

- Exposition au bruit intense en milieu de travail ou dans les loisirs
- Neurinome vestibulaire, facial ou acoustique
- Fistule périlymphatique
- Presbyacousie
- Infection
- Maladie de Ménière
- Variation de l'irrigation sanguine de la cochlée
- Malformation congénitale (pouvant aussi affecter les autres parties de l'oreille)
- Surdité d'origine inconnue

## Tableau II

### Causes ou facteurs de maintien possibles de l'acouphène

Hypertension artérielle  
 Malformation artérioveineuse  
 Altération de la circulation sanguine  
 Anévrisme  
 Artériosclérose  
 Diabète  
 Spasmes du muscle du marteau ou myoclonie palatine  
 Sclérose en plaques  
 Migraine  
 Épilepsie  
 Traumatisme crânien  
 Anémie  
 Hyperthyroïdie  
 Hyperlipidémie  
 Hypertension intracrânienne  
 Carences nutritionnelles (ex. : zinc, vitamine B<sub>12</sub>)  
 Dysfonction de l'articulation temporomandibulaire  
 Allergies  
 Effets de l'anesthésie générale  
 Chimiothérapie/radiothérapie  
 Médicaments  
 Stress, anxiété, dépression

de la prise de médicaments ototoxiques (voir l'adresse suivante : <http://www.hope4hearing.org/ototox.htm>).

Le dérangement associé à la perception de l'acouphène varie beaucoup d'un individu à l'autre et se trouve influencé par d'autres facteurs dits « exacerbants ». En ce sens, il faut tenir compte des périodes d'exposition aux bruits forts, des états émotionnels (modulés par les informations sur l'acouphène, la fatigue, le stress, l'anxiété, la dépression, etc.), de la consommation d'alcool, de drogues, de substances stimulantes (caféine, par exemple) et de la diète (sel ou aliments riches en salicylates, par exemple). Curieusement, le dérangement que provoque un acouphène et l'ampleur du handi-

cap ne sont pas associés aux caractéristiques psychoacoustiques du bruit perçu, c'est-à-dire au « volume », à la durée, à la localisation ou à la tonalité de l'acouphène<sup>5</sup>. Il est donc légitime de postuler que les voies auditives ne sont pas les seules en jeu dans la gravité du problème.

### Les traitements

#### Approche médicale

Étant donné la multiplicité des causes de l'acouphène, il est essentiel de procéder à un examen médical global afin de cibler le ou les traitements les plus appropriés pour la situation singulière du patient. La tâche du médecin traitant consiste donc à procéder à une

investigation sur les différents systèmes et appareils en prenant soin d'examiner l'effet du positionnement de la tête et du cou ainsi que l'articulation temporomandibulaire, et d'adresser le patient à différents professionnels de la santé, au besoin, pour ensuite le guider vers les options de traitement.

Lorsque l'acouphène est un symptôme clairement associé à une maladie, l'intervention chirurgicale envisagée pour traiter cette maladie peut du même coup, mais pas nécessairement, faire disparaître ou atténuer l'acouphène. Par exemple, dans un échantillon composé de 236 patients ayant un schwannome unilatéral et un acouphène, l'excision chirurgicale de la tumeur a entraîné la disparition de l'acouphène chez 10 % des patients, une atténuation subjective de l'acouphène chez 35 %, une aggravation du symptôme chez 10 %, et aucun changement chez 45 % d'entre eux<sup>6</sup>. En plus d'être peu efficace pour traiter l'acouphène et étant donné que la plupart des personnes qui en souffrent n'ont pas de maladie de l'oreille diagnostiquée, l'intervention chirurgicale comporte certains risques et s'adresse à un nombre très restreint de patients.

Dans d'autres cas, on peut envisager un traitement médicamenteux ou même la stimulation électrique de la cochlée. Mais auparavant, on doit tenter d'éliminer tout facteur exacerbant. Par exemple, l'acouphène peut être associé à des manifestations allergiques, à l'hypertension, à des troubles endocriniens... ce qui peut être simplement traité par les produits pharmacologiques adéquats. Pourtant, il est important de noter que le traitement pharmacologique d'un déséquilibre systémique ne mènera pas nécessairement à la guérison ou à la diminution de l'acouphène.

Dans la plupart des cas, l'acouphène ne peut pas être clairement associé à un problème médical, et la prescription d'un traitement pharmacologique devient épineuse. En effet, il n'existe actuellement aucun médicament reconnu pour agir spécifiquement sur l'acouphène de manière plus efficace que les placebos, principalement parce que l'on ne connaît pas les structures ou les réseaux nerveux impliqués dans la production d'un acouphène dérangeant. Toutefois, certaines familles de médicaments agissent indirectement sur l'acouphène, et une critique de la littérature a récemment été publiée à ce propos<sup>7</sup>. On y indique que les anti-convulsivants régularisent ou modulent l'activité du système nerveux central et pourraient améliorer la tolérance à l'acouphène. Toutefois, en raison des risques associés à ces médicaments, ils ne sont pas couramment utilisés dans la pratique. Les antiarythmiques (lidocaïne, tocainide) pourraient agir sur le mécanisme actif cochléaire, mais les taux de succès relevés dans sept études sont à peine plus élevés que l'effet placebo<sup>7</sup>. De plus, ces agents pharmacologiques ont des effets secondaires importants (vertiges, migraines, arythmies cardiaques, éruptions cutanées, etc.), et les études à double insu ne sont pas concluantes<sup>7</sup>. Les antihistaminiques n'ont qu'un effet léger sur l'acouphène et aident principalement les personnes souffrant d'allergie. Enfin, plusieurs psychotropes (antidépresseurs comme l'amitriptyline, anxiolytiques et sédatifs comme le diazépam) pourraient soulager le patient en rendant l'acouphène plus tolérable. Les benzodiazépines, par exemple, en plus de créer une dépendance psychologique, ont pour effet de sevrage l'apparition ou l'augmentation de l'acouphène associée à

de l'insomnie et à de l'agitation.

Les traitements en chambre hyperbare ont aussi fait l'objet d'études. Ils visent à augmenter la concentration d'oxygène acheminée à la cochlée. La relation entre l'apport d'oxygène et l'acouphène reste cependant hypothétique. Récemment, Tan et ses collaborateurs ont montré que l'état de 6 des 16 patients ayant terminé un traitement en chambre hyperbare s'est amélioré et que cette amélioration était encore présente un an après le traitement<sup>8</sup>. Deux patients ont eu des effets secondaires (surtout sur le plan des indicateurs psychologiques comme l'humeur, le sommeil, la concentration et l'habitué à l'acouphène), et huit patients n'ont éprouvé qu'un bienfait temporaire de quelques heures, ou alors aucun effet. Le traitement en chambre hyperbare s'avère une piste à considérer avec prudence, étant donné que ses bienfaits sur l'acouphène sont aléatoires et que cette thérapie entraîne des risques de malaises.

L'application d'une stimulation électrique (un courant à polarité négative) au niveau de la fenêtre ronde est relativement efficace pour les patients présentant une surdité profonde, mais cette intervention peut produire une hypoacousie de perception (neurosensorielle) et s'avère cliniquement inacceptable pour une personne ayant de bonnes aptitudes auditives. Par contre, chez des personnes anacousiques, l'acouphène a pu disparaître après la mise en fonction d'un implant cochléaire<sup>9</sup>. Dans une étude récente, on a appliqué un courant alternatif transcutané sur le pavillon et le tragus qui a atténué les symptômes de la moitié des sujets (n = 500), atténuation mesurée par une baisse d'au moins deux points sur une échelle de 1 à 10<sup>10</sup>. Il semblerait donc que la stimulation

électrique soit un outil efficace pour une fraction des patients souffrant d'un acouphène dérangeant. Par ailleurs, d'autres méthodes de traitement par stimulation magnétique transcutanée ou par ultrasons n'ont pas eu d'effets significativement supérieurs au placebo, et ce, même dans les études de cas unique<sup>7</sup>.

Malgré les bienfaits relatifs des approches chirurgicales ainsi que pharmacologiques et de la stimulation électrique, il est possible que le patient n'obtienne pas de résultat satisfaisant quant à la réduction du dérangement associé à l'acouphène. D'autres formes de traitement sont aussi disponibles.

### Approche par thérapie sonore

Cette approche est l'une des plus efficaces et a l'avantage de n'entraîner aucun effet secondaire.

**La prothèse auditive.** Lorsqu'un patient souffrant d'acouphène présente une baisse auditive associée, l'utilisation d'une prothèse auditive amplifie l'environnement sonore, ce qui peut camoufler la perception de l'acouphène ou détourner l'attention auditive sur d'autres éléments acoustiques. La prothèse offre ainsi un certain répit de l'acouphène, en plus de diminuer le stress et l'énergie nécessaire à l'écoute et à la communication. Par contre, certains patients refusent ce type de traitement pour des raisons esthétiques en raison de la visibilité de l'appareillage et des préjugés associés à la surdité.

**Le masqueur sonore (*tinnitus masker*).** Le masqueur sonore a aussi l'apparence d'un appareil auditif et émet un bruit continu de bande étroite ou de bande large, centré ou non sur la fréquence caractéristique de l'acouphène. Cet instrument est employé dans le but d'assourdir complètement l'acouphène chez une personne ayant



une acuité auditive normale, de façon à lui offrir un soulagement momentané, car elle ne perçoit plus l'acouphène pendant qu'elle porte le masqueur. Dans de rares cas, l'utilisation du masqueur peut faire disparaître temporairement l'acouphène de quelques minutes à quelques heures. Toutefois, parce que la plupart des patients doivent le porter en permanence, le masqueur est l'une des thérapies sonores les moins populaires.

### Les bruits environnementaux

Les bruits environnementaux comme la musique, le ventilateur, la radio et les bruits de la nature constituent les outils principaux de cette approche. Ils procurent un soulagement temporaire de l'acouphène en enrichissant l'ambiance sonore de façon à éviter le silence. En effet, la perception de l'acouphène devient prééminente dans le silence, ce qui risque d'augmenter le dérangement ressenti, particulièrement au cours d'activités calmes ou au moment du coucher. Le plaisir et la détente qui accompagnent l'écoute de sons agréables pour le patient contribuent aussi à diminuer le dérangement lié à la perception de l'acouphène. Cette technique de diversion vise à apaiser le patient grâce à ces bruits. Toutefois, s'il s'éloigne de la source sonore, l'effet ne peut pas rester constant.

**Le générateur de bruit.** Le générateur de bruit, tel un masqueur sonore, prend l'apparence d'une prothèse auditive. Il sert plutôt à émettre un bruit continu s'apparentant à celui d'une « douche » de faible niveau sonore qui n'entrave pas la communication. Il peut être couplé à une prothèse auditive. Ce type d'instrument est notamment employé dans la thérapie d'habituation à l'acouphène (THA) afin de couvrir partiellement l'acouphène. Cette méthode est

pratiquée aux États-Unis et en Grande-Bretagne depuis 1990. Elle est offerte en clinique privée au Québec depuis janvier 1998, et seulement quelques audiologistes ont reçu cette formation. Cette thérapie a été élaborée principalement par deux chercheurs-cliniciens en neurophysiologie, P.J. Jastreboff, des États-Unis, et J.W.P. Hazel, d'Angleterre<sup>2</sup>. Cette approche dérive d'un modèle neurophysiologique mettant à contribution non seulement la perception d'un signal nerveux anormal à l'une des multiples stations des voies auditives, mais également une activation du système limbique (réactions émotionnelles) et du système nerveux végétatif (réactions cardiaques, respiratoires, pression artérielle, sudation, etc.). Ainsi, selon le type d'activation qui se produit dans les systèmes nerveux végétatif et limbique, la personne souffrant d'acouphène subit ou non des handicaps, et ce, peu importe les caractéristiques psychoacoustiques de l'acouphène. Cette approche fait appel à la thérapie sonore, qui gêne la perception de l'acouphène, afin d'habituer progressivement le patient à sa présence et à neutraliser ses réponses corporelles et émotionnelles. La thérapie est terminée après en moyenne sept rencontres qui s'échelonnent pendant une période de 12 à 18 mois environ. Cette approche a l'avantage de recourir aux générateurs de bruit pendant un certain laps de temps, après quoi le patient n'a plus besoin de les porter. Les améliorations (réduction ou élimination des problèmes découlant de la présence de l'acouphène sans que l'acouphène soit imperceptible si on cherche à l'entendre) sont variables et ont des répercussions différentes selon les individus. Le taux de succès de la THA, qui est d'au moins 80 %, est mesuré par une réduction de plus de deux

points sur une échelle de 0 à 10 pour au moins deux des facteurs suivants : degré de perception de l'acouphène, degré de gravité, conséquences sur la qualité de vie et capacité de participer aux activités quotidiennes. Enfin, la THA permet également de traiter l'hyperacousie et la phonophobie avec des taux de succès similaires.

### Approche cognitivocomportementale et relaxation

Cette approche fait appel à une combinaison de stratégies cognitives et informatives en vue d'aider le patient à mieux comprendre les voies auditives et l'acouphène. Elle vise à promouvoir de saines habitudes de vie par l'entremise de techniques permettant de reconnaître et d'apprivoiser les agents stressants. L'acouphène peut être utilisé comme « thermomètre intérieur ». Cette approche mise aussi sur des techniques de relaxation, sur des techniques de diversion, sur la participation à des activités de groupe ou individuelles valorisantes et plaisantes, ainsi que sur des questionnaires d'auto-évaluation. Elle permet au patient de prendre conscience que l'acouphène n'est pas responsable de toutes les difficultés qu'il vit et de départager l'acouphène de la surdité et des autres problèmes personnels. Elle entraîne une diminution de l'anxiété et un changement de perception de l'acouphène tout en éliminant les fausses croyances qui y sont rattachées. Cette approche, comme celle de la THA, est l'une des plus appréciées<sup>11</sup>. Elle est offerte par des psychologues et des audiologistes.

La rétroaction biologique (*biofeedback*) se sert de capteurs musculaires ou thermiques et les associe souvent avec des techniques de relaxation afin d'entraîner le patient à mieux contrôler ses états physiques. L'idée principale de la

rétroaction biologique appliquée à l'acouphène se résume ainsi : l'acouphène peut être réduit si l'on apprend à contrôler les tensions corporelles. Les résultats de plusieurs études privilégient l'association de la rétroaction biologique et des techniques de relaxation. Certains auteurs indiquent que la majorité de leurs patients deviennent moins négatifs envers l'acouphène et qu'ils le perçoivent à un niveau sonore considérablement diminué<sup>11</sup>. Cependant, tout en étant prometteurs, les traitements par rétroaction biologique présentés dans les études sont principalement jumelés à des techniques de relaxation. Dans ces contextes, la rétroaction biologique pourrait simplement être considérée comme une autre façon d'entraîner à la détente. En effet, en perfectionnant la capacité de relaxation, on amenuise le dérangement que provoque l'acouphène, surtout si le stress est un facteur exacerbant reconnu pour le patient.

### Approches alternatives

Bien que les approches alternatives offrent plusieurs outils d'intervention, nous aborderons seulement les plus connues.

**L'hypnose.** Cette méthode est entre autres connue pour ses effets d'analgésie, d'amnésie ou d'agnosie. Ainsi, l'hypnose est employée pour inhiber la douleur ou diminuer l'anxiété. Elle pourrait aussi servir à permettre au patient de faire abstraction de l'acouphène sans nécessairement en changer les caractéristiques psychoacoustiques. Quelques études ont porté sur l'effet de l'hypnose ou de l'autohypnose sur l'acouphène. Attias et ses collaborateurs font état d'une réduction significative de la gravité de l'acouphène immédiatement après l'emploi de l'autohypnose chez 73 % des su-

### Encadré

Dans plusieurs régions du Québec, un organisme à but non lucratif fondé en 1983 peut donner des informations pertinentes et du soutien par l'entremise de groupes d'entraide pour les personnes souffrant d'un acouphène. Il s'agit du Regroupement Québécois pour Personnes avec Acouphènes (RQPA). Le numéro de téléphone est le 514-276-RQPA ou 7772, et l'adresse électronique est le [rqp@globale.com](mailto:rqp@globale.com).

jets<sup>12</sup>. L'étude montre que ce résultat surpasse celui de l'écoute active du thérapeute, alors que le masquage n'entraîne pas de diminution significative de l'acouphène ou de ses conséquences.

**L'acupuncture.** L'effet potentiel de l'acupuncture sur les patients présentant un acouphène a été évalué dans six études récemment passées en revue par Park et ses collaborateurs<sup>13</sup>. Leurs analyses ne viennent pas étayer l'hypothèse selon laquelle l'acupuncture serait plus efficace que le placebo.

**L'homéopathie.** Un produit homéopathique réservé spécialement au traitement de l'acouphène, nommé « Tinnitus », a été évalué par Simpson et ses collaborateurs<sup>14</sup>. L'étude n'a pas pu démontrer que ce produit était plus efficace que le placebo.

**Approche nutritionnelle.** Certains laissent entendre qu'un régime alimentaire équilibré peut assurer le bon fonctionnement de l'oreille interne et permettre ainsi de réduire les malaises associés à l'acouphène<sup>15</sup>, alors que d'autres proclament les vertus d'un aliment naturel comme le Gingko biloba<sup>7</sup>.

Aucune étude n'a démontré que le régime alimentaire avait un effet significatif sur le degré de malaise lié à la perception d'un acouphène. Enfin, la prise de ce composé naturel a causé, dans un cas, un saignement du parenchyme sous-dural<sup>16</sup>.

**P**LUSIEURS OPTIONS de traitement peuvent être envisagées par l'omnipraticien et les divers professionnels de la santé concernés. Il est primordial de donner cette information le plus rapidement possible au patient qui signale un acouphène afin de prévenir une aggravation des symptômes et l'apparition de situations de handicap.

À l'heure actuelle, la thérapie d'habituation à l'acouphène, qui recourt à un *counselling* adapté combiné avec une thérapie sonore, s'avère l'une des pistes de soulagement les plus intéressantes. Il en est de même pour l'approche cognitivocomportementale avec gestion du stress. Cette dernière amène le patient à mieux comprendre les voies auditives, l'acouphène et les facteurs extrinsèques ou intrinsèques

**À l'heure actuelle, la thérapie d'habituation à l'acouphène, qui recourt à un *counselling* adapté combiné avec une thérapie sonore, s'avère l'une des pistes de soulagement les plus intéressantes. Il en est de même pour l'approche cognitivocomportementale avec gestion du stress. Cette dernière amène le patient à mieux comprendre les voies auditives, l'acouphène et les facteurs extrinsèques ou intrinsèques influant sur son degré de tolérance envers ce phénomène.**

### Repère

# FMOQ - Formation continue

## La périnatalité et l'obstétrique

6 et 7 décembre 2001, Hôtel Hilton, Québec

Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499



influant sur son degré de tolérance envers ce phénomène.

À cause de la variété des traitements visant à soulager le dérangement qu'impose l'acouphène, le professionnel de la santé doit les prendre en considération et faire preuve de discernement. Le patient a besoin d'être guidé et structuré dans ses démarches. Nous préconisons la collaboration d'une équipe professionnelle multidisciplinaire sensibilisée à ce problème particulier (omnipraticien, audiologiste, psychologue et otorhinolaryngologiste) pour évaluer plus adéquatement les besoins du patient et le diriger vers les ressources appropriées. □

Date de réception : 9 mai 2001.

Date d'acceptation : 11 juillet 2001.

Mots clés : acouphène, traitement.

### Bibliographie

1. Paré L, Levasseur M. *Problèmes auditifs et problèmes visuels : enquête sociale et de santé 1998*. Institut de la statistique du Québec, 2000 : 297-305.
2. Jastreboff PJ, Gray WC, Mattox DE. Tinnitus and Hyperacusis. *Otolaryngology, Head and Neck Surgery* 1998 ; 4 : 3198-222.
3. Salomon G. Hearing problems and the elderly. *Danish Medical Bulletin* 1989 ; 33 (3) : 1-22.
4. Heller MF, Bergman M. Tinnitus in normally hearing persons. *Ann Otol* 1953 ; 62 : 73-93.
5. Hallberg LRM, Erlandson S. Tinnitus characteristics in tinnitus complainers and non-complainers. *Bri J Audiol* 1987 ; 27 : 19-27.
6. Haid CT. Acoustic tumor surgery and tinnitus. *International Tinnitus Journal* 1998 4 (2) : 155-8.
7. Dobie RA. A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope* 1999 ; 109 : 1202-11.
8. Tan J, Tange R, Dreschler WA, Kleij A, Tromp EC. Long-term effect of hyperbaric oxygenation treatment on chronic distressing tinnitus. *Scand Audiol* 1999 ; 28 (2) : 91-5.
9. House D. Tinnitus suppression via cochlear implants: Review and remarks. *International Tinnitus Journal* 1999 ; 5 (1) : 27-9.

### Summary

#### What can you suggest for my tinnitus?

The main purpose of this paper is to review the causes of tinnitus and the available treatments to determine which ones are the most promising. A secondary aim is to address the respective role of the general practitioner and other health professionals. It concludes that although no current specific treatment exists, the use of masking devices as in tinnitus retraining therapy (TRT) and behavioral-cognitive therapy are not only non-invasive, but the best tools presently available.

Key words: tinnitus, treatment.

10. Steenerson RL, Cronin G. The treatment of annoying tinnitus with electrical stimulation. *International Tinnitus Journal* 1999 ; 5 (1) : 30-1.
11. Andersson G, Melin L, Hägnebo C, Scott B, Lindberg P. A review of psychological treatment approaches for patients suffering from tinnitus. *The Society of Behavioral Medicine* 1995 ; 17 (4) : 357-66.
12. Attias J, Shemesh Z, Sohmer H, Gold S, Shoham C, Faraggi D. Comparison between self-hypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus. *Audiology* 1993 ; 32 : 205-12.
13. Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus: a systematic review. *Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery* 2000 : 126 : 489-92.
14. Simpson JJ, Donaldson I, Davies WE. Use of homeopathy in the treatment of tinnitus. *British Society of Audiology* 1998 ; 32 : 227-33.
15. Keiser JM, Dubois MJ. Quand les acouphènes prêtent oreille à la nutrition. *Oreille Bruyante* 1993 ; 7 (3) : 6-9, 12-5.
16. Rowin J, Lewis SL. Spontaneous bilateral subdural hematomas associated with chronic Ginkgo Biloba ingestion. *Neurology* 1996 ; 46 (6) : 1775-6.